

小児心筋炎に関する臨床的研究

分担研究者	日本大学小児科	大	国	真	彦
研究協力者	東京女子医大心研小児科	高	尾	篤	良
	徳島大学小児科	宮	尾	益	英
	弘前大学小児科	泉		幸	雄
	国立予防衛生研究所	甲	野	礼	作
	慶応大学小児科	小	佐	野	満
	順天堂大学内科	岡	田	了	三
	日本大学病理	桜	井		勇
	九州大学小児科	本	田		恵
	都立小児保健院	松	尾	準	雄

昭和52, 53年度において, 小児にもウイルス性あるいは特発性心筋炎が少なくないことが明らかにされその臨床像が多様であることも明らかになってきた。今年度においてはその臨床像を更に追究するとともに, 診断基準案を作成した。

I. 共同研究

1. 臨床的診断基準試案の作成

小児心筋炎の臨床像が多様であるため, 従来しばしば心筋炎の診断が下されないまま, 死亡する例などがあり, 臨床診断が極めて困難なことが少なくないので, 臨床的診断基準試案作成が望まれていた。研究班において討議の末, 表1のような試案が作成された。

2. 心筋炎病理診断基準(案)の作成

心筋炎の病理像も病型あるいは病期により多様であるので, 心筋炎の病理診断基準案が作成された。これは表2のごとくである。

以上の両試案は今後さらに検討されるべきものと考えられる。

II. 各個研究

各研究協力者により多くの研究が報告された。

大国らは集められた心筋炎の病理を分析し, 臨床的には発熱, 疲労, 顔面蒼白, 呼吸困難が多く認められ, また認められやすい臨床所見および検査所見についても検討し, その成績を診断作成の参考にした。

またマウスにおける実験的コクサッキーウイルス心筋炎において慢性化の研究を行った。

泉らは心筋炎、心膜炎16例について心電図所見を検討し、Q波異常とST-Tの異常が多く認められることを報告した。

小佐野はさらに、その際心電図のV₅、V₆においてT波がR波の30%以下であれば平低下としてよいことを示した。

高尾らは心筋炎との鑑別診断が問題になる特発性心筋症との鑑別のために心内膜心筋生検法が有用であることを報告した。

本田らは単純ヘルペス感染が証明された症例において不整脈を認め、特発性の不整脈と考えられる例の中に心筋炎例が含まれている可能性を示唆した。

甲野は今年度検索した症例においては、ウイルス分離、血中抗体検索すべて陰性であった旨を報告した。

岡田は不整脈死をとげた2例について検討した。一例は不顕性心筋炎で、第2例は特発性心筋症うっ血型と考えられていた例に心筋炎が隠れていたものであるが、心筋炎の病巣が急死の引き金となる場合もありうることを示した。

このように心筋炎は突然死の原因となりうるものとして注目されるものである。

表1 ウイルス性および特発性急性心筋炎診断の手びき(案)

- 1) 多くの場合前駆症状を伴う。その場合10日以内に心症状の出現を見ることが多い*。
- 2) 心聴診所見として、distant heart sound, 奔馬調律を認めることが多い。時に僧帽弁閉鎖不全を示唆する収縮期雑音などを認めることがある。
- 3) 胸部レントゲン上心拡大を認めることが多い。
- 4) 心電図上、ST・T波の変化、QT延長、低電位差、QRS電気軸の変化、QRS-T角の開大、異常Q波、脚ブロック、房室ブロック、期外収縮などを認める。
- 5) 心エコー図上、心機能低下の所見を認めることが多い、心膜内液体貯留を認める場合もある。
- 6) 病初期には心筋逸脱酵素(GOT, CPK・MB分画、LDH・IⅡ型など)の上昇を認めることが多い。以上(2)~(6)の所見は短期間に変動がみられることが多い。
- 7) ベア血清(2~3週間隔)におけるウイルス抗体価の2管以上の変動は原因診断に有用である。

(S. 55-2-16)
厚生省小児心筋炎研究班

- * 1 前駆症状としては感冒様症状(発熱, 咽頭痛, 咳嗽, 関節痛, 易疲労感など), 消化器症状(食欲不振, 腹痛, 嘔吐, 下痢など)が多くみられる。
- 2 心症状としては、心不全症状, 胸痛, アダムス・ストークス発作などがみられる。
- 3 心不全症状は異常な頻脈で気づかれることもある。

表2 心筋炎病理診断基準(案)

- I. 急性および亜急性心筋炎
 1. 間質の非特異的炎症細胞。多型核白血球, 好酸球, リンパ球, 形質細胞, 組織球などの滲出¹⁾。
 2. 心筋細胞の変性・壊死¹⁾。
 3. 心筋内小血管炎および血管周囲小肉芽腫形成。
 4. 線維(芽)細胞の増殖。
 5. 毛細血管の拡張・新生。
 6. 間質の著しい水腫。
- II. 慢性間質性心筋炎
 1. 間質に非特異的炎症細胞。リンパ球形質細胞, 組織球などの滲出。
 2. 血管周囲性および不規則斑状線維症, 内に小血管新生²⁾。
 3. ときに心内膜血管またはその器質化した心内膜肥厚, 線維性心外膜炎の合併²⁾。
- III. 巨細胞性心筋炎³⁾
 1. 間質の肉芽腫様炎症。異物型ときにLanghans型巨細胞, 単核細胞, リンパ球, 類上皮細胞の滲出。
 2. 線維芽細胞を含む進行性不規則な線維症。
 3. 病変は心外膜より(外層)心筋および心室中隔頂上部に多く分布。

診断基準

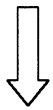
- A: 狭義の心筋炎: I-1にI-2,3が加われば急性びまん性間質性心筋炎。心筋細胞の高度の壊死・変性を伴う場合は実質性心筋炎と称する。それに経過とともにI-4, I-5が加われば亜急性びまん性間質性心筋炎。II-1とII-2があれば慢性間質性心筋炎。
- B: 広義の間質性心筋炎: I-6は漿液性心筋炎ともよばれる。
- C: 巨細胞性心筋炎: III-1があれば巨細胞性心筋炎。それに経過とともにIII-2が加わる。

除外診断および付記

- 1) 好酸球滲出を高度に認めれば好酸球性心筋炎として別に扱う。
- 2) 炎症所見または心筋線維症の分布により、心外膜心筋炎, 心内膜心筋炎などと診断することが望ましい。
- 3) IIIの定義をみたしていてもリンパ腺・肺など心筋以外に同様の病変をもつものはサイコイドーシスとして除外する。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



昭和 52,53 年度において,小児にもウイルス性あるいは特発性心筋炎が少なくないことが明らかにされその臨床像が多様であることも明らかになってきた。今年度においてはその臨床像を更に追究するとともに,診断基準案を作成した。